

A MEDICINA RIO GRANDENSE NO EXTRANGEIRO

LE PRONOSTIC DES NÉPHRITES CHRONIQUES

QUELQUES ASPECTS

Par **Annes Dias**, Professeur à la Faculté de Porto Alegre (Brésil).

(Transcript de „La Presse Médicale“ n. 78 — de 29—9—1928).



Sujet toujours d'actualité pour lequel on croit parfois avoir atteint la perfection scientifique, le pronostic des néphrites chroniques est continuellement remis en question, car la clinique découvre toujours de nouveaux problèmes à résoudre. C'est qu'elle ne se borne pas à l'étude d'un organisme ou d'une fonction, mais considère un organisme dans son ensemble et dans toutes ses particularités; les conclusions pronostiques ne valent que pour un sujet donné parce que les interractions organiques varient avec chaque individu. On a tendance actuellement à établir le pronostic du mal de Bright sur l'ensemble de l'organisme, plutôt que sur le seul état des reins. Dans la conception ancienne, c'était principalement au delà des reins que le médecin allait chercher ses éléments d'appréciation; aujourd'hui c'est en deçà

du filtre rénal, en plein organisme, dans le sang. C'est là encore centrer sur le rein puisque l'on recherche précisément, dans le sang, les substances que le rein ne peut plus filtrer. Nous allons actuellement plus loin encore: nous considérons non seulement l'excrétion rénale, mais encore l'ensemble du métabolisme des brightiques chroniques. Quant à la néphrite œdémateuse, si certains continuent à attribuer au seul rein la rétention hydrosaline, d'autres reconnaissent une importance primordiale à l'hydrophilie des tissus ou aux modifications subies par les albumines et les lipoides du sang. La néphrite hypertensive provoque les mêmes divergences; pour les uns, l'hypertension est intimement liée à la lésion rénale, d'autres rejettent complètement ce déterminisme. Dans la néphrite urémigène, les anciens travaux de Vidal, qui envisageaient l'imperméabilité rénale élective pour l'urée, de même que ceux qui suivirent, cherchent à établir un parallélisme étroit entre le taux de l'azotémie et la gravité du pronostic. Tout en faisant état de la valeur du trouble métabolique, il les considèrerait comme une conséquence directe et inéluctable du degré de l'insuffisance rénale. Cette proposition, qui se vérifie le plus souvent en clinique, amena certains auteurs à établir leur pronostic sur le seul chiffre de l'urée sanguine; Pasteur Vallery-Radot le dit explicitement: «L'azotémie est la preuve nécessaire et suffisante».

Azotémie. — La clinique s'accommode mal de jugements définitifs, car ils sont susceptibles d'induire le médecin en erreur. En effet, un individu peut mourir urémique avec une azotémie légère, et, d'autre part, un grand azotémique peut dépasser largement le terme fixé par ces règles draconiennes. Les exemples ne manquent pas, il nous suffit de citer les cas d'Achard, de Chabanier (un brightique avec une azotémie de 3 gr. vécut trois ans), de Mosny, Javal et Lévy-Bruhl (des cas avec plus de

4 gr. d'urée dont la vie se prolongea pendant plusieurs mois); Teissier nous parle de malades qui vécurent quinze mois avec 4 gr. 5 d'urée et d'un autre qui subsista huit mois avec 3 gr. 5. Malgré la rareté de ces cas, il convient de ne point formuler d'emblée un pronostic aussi péremptoire et d'interroger au préalable, non seulement le rein, mais l'organisme tout entier.

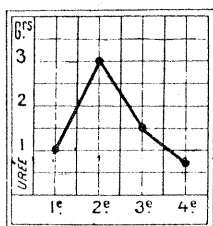


Figure 1.

Sans doute l'étude de l'azotémie a une importance primordiale dans l'établissement du pronostic; sa valeur est incontestable mais la physio-pathologie des néphrites chroniques ne saurait s'en contenter. Ajoutons que les chiffres de l'azotémie ne doivent être appréciés qu'en fonction d'un organisme donné et en tenant compte de certaines causes d'erreurs, dont le médecin doit toujours se méfier. Voyons quelques-unes d'entre elles et attachons-nous à les éliminer.

1.° *Un seul examen d'urée n'a pas de valeur*: les recherches doivent être pratiquées en série. Chevassu, au cours du dernier Congrès Français d'Urologie (Août 1927), dit très justement que «les résultats obtenus par l'exploration fonctionnelle du rein indiquent seulement l'état de ce dernier au moment de l'exploration»; qu'«il est illogique et dangereux de considérer le fonctionnement pathologique comme stable»; que «pour connaître la direction d'une ligne, il faut connaître deux points» et, qu'«ainsi, il est prudent de faire au moins deux dosages». Nous croyons que deux examens ne suffisent pas; le deuxième, par exemple, pratiqué deux ou trois jours après le premier, peut accuser une élévation d'azotémie, or ce chiffre peut avoir été précédé, entre le premier et le deuxième dosage, d'un autre chiffre plus élevé, de sorte qu'en réalité la courbe générale est en baisse; ce qu'établira alors une troisième recherche. Si nous ne nous sommes appuyé que sur les deux premières, nous serons mal fondé à parler d'azo-

témie progressive. La courbe ci-jointe illustre cette éventualité qui n'est pas rare en clinique.

2.° *L'urée doit être dosée en même temps que d'autres éléments de pronostic importants, tels que la créatinine, la réserve alcaline et le calcium*. Si généralement, dans les cas graves, l'azotémie et la créatininémie marchent de pair (fig. 2 ou 3), il n'en est pas toujours ainsi; leurs courbes peuvent diverger, et le médecin a le devoir de se prononcer entre ces deux éléments de pronostic. La figure 4 illustre un de ces cas où l'urée dut céder le pas à la créatinine.

Plusieurs de ces observations nous permettent d'affirmer qu'en cas de baisse importante de la créatinine cette dernière doit emporter la décision. Il en est de même de la réserve alcaline, ce qu'a permis à Delore de dire: qu'avec une même azotémie l'on peut trouver une réserve alcaline, parfois normale, parfois diminuée; qu'en cas de divergence des courbes de l'urée et de l'acidose ou de fixité de l'urée avec variation de l'acidose, la décision

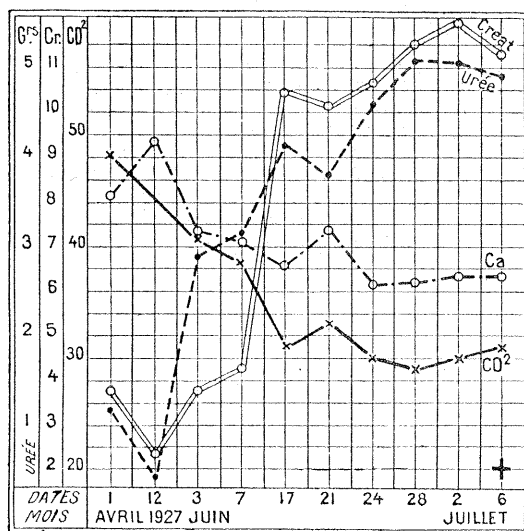


Figure 2.

appartient encore à cette dernière. Le même auteur rappelle que dans deux cas avec azotémie constante de 3,5 et de 4,5 durant plus de quinze mois le chiffre de la réserve alcaline est demeuré normal. Quant au calcium, nous avons vérifié le parallélisme étroit qui existe entre sa courbe et celle de la réserve alcaline; il baisse notablement dans les cas graves (fig. 2). Cette recherche du calcium rend bien com-

pte du déséquilibre métabolique puisque, contrairement aux autres substances, il n'est pas retenu dans le sang; elle témoigne incontestablement d'un déficit. Dans nos études relatives à la pathogénie de l'urémie convulsive, nous avons montré le rôle de cette calcopénie dans l'hyper-excitabilité du système nerveux. Le calcium constitue une sorte de vernis protecteur de la cellule nerveuse; son déficit expose cette dernière sans défense à l'irritation toxique.

Ces faits cliniques montrent d'une façon péremptoire que le médecin ne doit pas se limiter à la détermination du taux de l'urée dans l'établissement de son pronostic; Widal, d'ailleurs avait déjà attiré l'attention sur les *accalmies traîtresses de l'azotémie*. Il y a des cas qui présentent une évolution mortelle, malgré la courbe descendante de l'urée (fig. 4). Catalano, dans la statistique qu'il établit à l'occasion de la créatininémie, signale quelques cas mortels de néphrite, avec une azotémie discrète de 0,60-0,40-0,36-0,30. Cet exposé démontre donc qu'il convient d'asseoir son jugement clinique sur tout un ensemble de recherches, puisque l'urée n'est pas la seule substance retenue dans l'organisme;

3.° *Le taux de l'urée peut s'élever sans que le rein en soit responsable.* C'est ce qui arrive, par exemple, dans les cas associés à une insuffisance cardiaque; il suffit de rétablir la fonction du myocarde pour faire descendre le taux uréique. C'est encore ce qui arrive au cours d'une infection aiguë (angine, etc.) intercurrente;

4.° *Chez les œdémateux, le taux de l'azotémie nous apparaît inférieur à sa valeur réelle;* il faut faire disparaître l'hydrémie, qui la masque, pour que l'on ait le vrai taux azotémique;

5.° *L'élévation de l'azotémie peut être passagère,* peut être due à une congestion rénale, représenter une poussée aiguë au cours de l'évolution d'une néphrite chronique. Dans les néphrites aiguës l'azotémie n'a point de valeur pronostique. Des azotémies vraiment énormes peuvent céder rapidement. Rappelons que dans la néphrite aiguë *le rein est malade, mais le reste de l'organisme ne l'est pas;* que dans la néphrite chronique azotémique, au contraire, *le rein et l'ensemble de l'organisme sont malades.* Il faut donc faire état, dans le pronostic, des éléments subsidiaires fournis par les divers appareils;

6.° Ainsi, bien que l'azotémie reste fixe, le pronostic est susceptible de varier selon les indications fournies par d'autres organes ou par d'autres recherches;

7.° Une azotémie qui cède à la diète est de bon augure; le cas contraire témoigne d'un trouble métabolique sérieux;

8.° L'azotémie passagère ne comporte pas d'indication pronostique; l'azotémie permanente est grave; l'azotémie progressive est fatale.

La courbe de la créatininémie présente une grande importance pronostique. Comme la créatinine est un produit endogène, dont le chiffre, en sa presque totalité, est indépendant du régime et comme sa courbe est très peu influencée par les troubles circulatoires et par la quantité d'urine excrétée, elle constitue en clinique un guide très précieux, surtout si son augmentation est progressive. A ce propos les nombreux cas de néphrite chronique, que nous avons étudiés, nous autorisent à formuler les conclusions suivantes:

1.° La créatininémie progressive est fatale, si son chiffre atteint 8 ou 9 millig.;

2.° Les chiffres élevés de créatinine, coïncidant avec la baisse du calcium, permettent de prévoir des accidents convulsifs;

3.° La créatinine présente généralement une courbe parallèle à celle du l'urée;

4.° Quand l'urée baisse et la créatinine monte, ce sont les indications de cette dernière qui doivent primer;

5.° Dans les néphrites aiguës, l'augmentation de la créatinine est beaucoup moins accentuée que celle de l'urée;

6.° Dans l'appréciation de la créatinine, l'autophagie est la principale cause d'erreur; on élimine en prescrivant un régime hydro-carboné;

7.° Ici, comme dans l'étude de l'urée, il faut multiplier les dosages pour avoir la courbe exacte;

8.° Comme dans la néphrite azotémique, le trouble du métabolisme azoté domine et comme la créatinine est un produit terminal endogène (Mac Lead) et l'expression sanguine plus exacte de l'insuffisance rénale (Marshall et Kolls), sa valeur pronostique est considérable;

9.° Dans la néphrite chronique l'élévation croissante du taux de la créatininémie, qui atteint 8 à 10 milligr. pour 100 est fatale, quel que soit le chiffre de l'urée.

Dans certaines dystrophies, on peut observer une augmentation du taux de la créatinine sanguine, indice d'un trouble nutritif; ainsi dans un cas de diabète insipide nous avons vu ce taux s'élever sous l'influence des injections de pituitrine. Les statistiques de Catalano nous montrent que

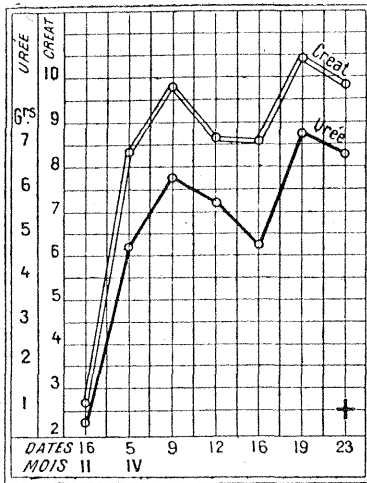


Figure 3.

c'est dans les néphropathies et dans les maladies de la nutrition que la créatininémie se montre la plus élevée. C'est dire qu'il faut toujours faire état de la clinique et se rappeler que la valeur pronostique de la créatininémie intéresse *exclusivement la néphrite chronique*. La clinique ne saurait se passer du laboratoire, mais c'est elle qui décide en dernier ressort; et, pour se prononcer à bon escient, il faut: a) que plusieurs recherches soient faites, c'est-à-dire que les courbes de la créatinine, de l'urée, etc. soient établies; b) que l'observation clinique soit poursuivie pendant un temps suffisamment prolongé pour établir un pronostic; c) qu'on ne demande pas à cette recherche plus qu'elle ne peut donner; d) un seul dosage n'a pas de valeur, parce qu'on ignore de la sorte tout de la courbe; e) le néphritique peut mourir avec une créatininémie discrète, comme avec une azotémie normale; le pronostic dans ces cas doit donc faire appel à d'autres éléments d'appréciation.

Plus on pénètre ce sujet, plus l'on perçoit le besoin de multiplier les investigations pronostiques, chaque malade posant des problèmes qui lui sont propres; certains tests s'ajoutent aux autres, et leur groupement diminue les chances d'erreur,

etc. C'est pourquoi nous exigeons actuellement, dans les cas de mal de Bright, les examens suivants: urée, créatinine, calcium et réserve alcaline. Ces investigations solidaires et sérieuses peuvent seules être mises en balance avec l'examen clinique.

SIGNES CLINIQUES DE VALEUR PRONOSTIQUE. — La rétinite a toujours été considérée comme un signe très grave, permettant rarement une survie supérieure à deux ans. Des travaux récents inclinent à rapporter la rétinite à l'hypertension, ce qui expliquerait sa valeur pronostique. La péricardite est également une ombre au tableau de l'azotémie, bien que sa régression soit possible (Achard); son apparition annonce généralement, à brève échéance, le terme fatal. L'anémie peut être très accentuée et affecter le type pernicieux, ce qui arrive d'ordinaire dans les cas très graves. Parmi les signes circulatoires, deux nous intéressent particulièrement au point de vue du pronostic: l'hypertension et l'insuffisance myocardique; l'interprétation de la première demande à être discutée; si parfois la tension élevée représente un danger de plus pour le malade, en d'autres cas l'hypertension systolique, surtout avec une grande diffé-

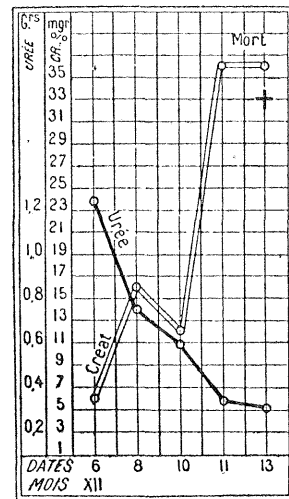


Figure 4.

rentielle, représente peut-être, pour le néphritique, le seul moyen d'assurer une élimination rénale raisonnable; la polyurie compenserait l'incapacité de concentration urinaire; dans cette dernière éventualité, le danger pour le malade réside dans la baisse de la tension maxima, qui cause

une oligurie, et l'augmentation des rétentions toxiques. La gravité s'accroît encore si la diminution de la pression systolique coïncide avec l'élévation de la tension diastolique; le déséquilibre tensionnel atteste en effet la faillite myocardique. Dans de telles conditions cliniques un pronostic, qui s'appuierait exclusivement sur l'investigation de la fonction rénale, serait malvenu, puisque le malade est un cardiaque plus qu'un rénal. Les tests urinaires, ceux de l'urée sanguine, de l'acidose et de la phénolsulfonephthaléine sont très souvent mis en échec par la présence de troubles circulatoires; celui de la créatinine l'est moins souvent. Le pronostic chez les individus qui présentent un tableau cardio-réno-vasculaire est si complexe que ce n'est qu'après avoir résolu la question de l'insuffisance cardiaque que le clinicien pourra prendre en considération la néphrite chronique. L'artério-sclérose, l'hypertension et l'insuffisance cardiaque comportent chacune des dangers qui s'ajoutent à ceux de l'azotémie. L'hypertension diastolique est un élément de pronostic grave, puisque elle atteste une gêne marquée de la circulation périphérique et compromet le travail cardiaque. *Signes digestifs*: la signification défavorable attribuée aux vomissements répétés est bien connue. Quant à la saccharoestomatomycose buccale au muguet, sa signification pronostique n'avait pas échappé aux cliniciens de tous les temps; ce qui manque au médecin pour qu'il puisse expliquer scientifiquement la gravité clinique de ce signe, c'est sa liaison pathogénique avec l'urémie. Nos travaux publiés en 1922 sont venus montrer que cette mycose buccale coïncide avec l'acidose et dépend entièrement de celle-ci. Il est certain que la réserve alcaline se trouve compromise, d'où sa gravité. Un autre signe clinique, que nous fûmes le premier à attribuer à l'acidose est le hoquet continu qui peut apparaître déjà à la période de l'acidose d'alarme, quand le chiffre de gaz carbonique dépasse encore 40 pour 100. Nous avons eu souvent l'occasion de vérifier la gravité du pronostic de la parésie vésicale chez les urémiques. Il en est de même, pourrions-nous dire, de la paralysie intestinale, lorsqu'elle atteint les néphritiques diarrhéiques; rapidement un tympanisme abdominal marqué s'y ajoute. Quant aux convulsions et aux accidents myocloniques, ils

annoncent généralement à brève échéance le dénouement fatal. Les convulsions s'observent principalement dans les cas où une créatininémie accentuée s'accompagne de calcipénie. L'hypercréatininémie mène à l'urémie convulsive; l'hyperazotémie et l'acidose mènent au coma.

Quant aux tests d'élimination provoquée, nous citerons seulement celui de la phénolsulfonephthaléine, dont les indications peuvent aider à la fixation du pronostic. Bien que, comme l'a dit Jackson, une élimination basse, très basse, permet une longue survie sans grande souffrance, il est incontestable que la décroissance graduelle du chiffre de l'élimination est de fort mauvais augure. Ajoutons cependant qu'au cours de la néphrite aiguë et de l'insuffisance cardiaque une telle constatation perd toute valeur pronostique.

Parmi les signes urinaires possédant quelque valeur pronostique, nous citerons les cylindres granuleux et l'hyposthénurie persistante, fixe.

On peut donc dire, en terme de conclusion, qu'en dépit de notables progrès, qui permettent, dans certains cas de néphrite chronique, une précision vraiment scientifique dans l'assiette du pronostic, le clinicien doit être convaincu que les règles de pronostic ne valent que comme indication d'ordre général et que chaque cas clinique est un cas d'espèce. S'il est vrai que le progrès réalisé est immense, il n'est pas moins démontré, par l'observation clinique, que la solution d'un problème de cet ordre ne saurait se contenter d'un seul chiffre fourni par le laboratoire. C'est que les équations sont rares en médecine et que, lorsqu'elles se présentent, elles comportent toujours plusieurs inconnues. Les résultats du laboratoire doivent être sérieusement confrontés avec les signes cliniques. Comme l'a dit récemment Quinby, les tests de laboratoire, quoique indispensables, ne représentent qu'un supplément d'enquête, qui ne saurait dispenser de l'observation directe du malade. Kojen démontre qu'il est impossible de remplacer l'art médical par des examens de laboratoire; le résultat et la décision dépendront donc de l'observation clinique et de la valeur personnelle du médecin.

L'art et la science se combinent en pareil cas, car chaque malade est un cas particulier, qui possède en propre ses particularités, ses causes d'erreurs.

Les perturbations organiques sont si nombreuses et si complexes, si discordantes parfois, que seul un bilan méticuleux des signes et des symptômes laissera aux éléments de pronostic leur valeur respective et permettra de juger en toute connaissance de cause des questions si délicates sur lesquelles le médecin est appelé à se prononcer. En présence des causes d'erreurs que personne ne conteste et de la multiplicité des investigations possibles on ne comprend pas que celui-ci se renferme dans un exclusivisme que rien ne justifie. Il ne faut pas oublier les grandes difficultés du pronostic; le diagnostic est l'affirmation du présent, le pronostic celui de l'avenir. Si pour formuler le premier nous

recourons à la multiplicité des éléments que le tableau clinique nous offre, pour quoi ne pas nous entourer des mêmes précautions pour formuler le second?

Pour établir un pronostic nous devons nous rendre compte non seulement des troubles actuels mais de l'état de l'organisme et, principalement, de la capacité réactionnelle de l'organisme, dont le jeu merveilleux peut dénouer des situations désespérées, rétablir la fonction de tel ou tel organe, assurer des compensations, éveiller les synergies latentes, rétablir ce qui semblait définitivement détruit, stimuler les énergies défaillantes et rendre à l'organisme en désarroi son parfait équilibre.

AVISO

Para não perdermos materia de oportuna publicação e principalmente para normalisar a expedição da nossa revista, condensamos no presente numero a materia de Outubro e Novembro.

Achando-se assim normalisada a publicação dos Archivos Rio Grandenses de Medicina, valemo-nos do ensejo para apresentando mais uma vez as nossas desculpas aos nossos illustres annunciantes, ao mesmo tempo agradecermos a bondade com que sempre acceitaram o motivo que forçou a retardar a sahida do nosso jornal.

R.



O melhor substituto do leite materno. Recomendado com grande sucesso pelas autoridades medicas de todo o mundo.

Amostras e literaturas

C.^{ia} Nestlé

Caixa postal 602

PORTO ALEGRE